

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÈXICO.

FACULTAD DE MEDICINA.

DISCAPACIDAD EN DEPRIMIDOS LÍMITES Y NO LÍMITES.

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
PSIQUIATRIA.**

PRESENTA:

Dr. Rodrigo Ozuna Martínez.

**Tutor Teórico:
Dra. Carmen Rojas Casas.**

**Tutor Metodológico:
Dr. Francisco Franco López Salazar.**

México, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INDICE.....	1
RESUMEN.....	2
MARCO TEORICO.....	3
COMORBILIDAD DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
JUSTIFICACION.....	8
OBJETIVOS.....	8
HIPOTESIS.....	8
MATERIAL Y METODOS.....	9
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	9
DESCRIPCION DE LAS VARIABLES.....	9
POBLACION.....	9
INTRUMENTOS UTILIZADOS.....	9
a) ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON.....	9
b) ESCALA DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN.....	11
SELECCIÓN DE PACIENTES.....	12
a) CRITERIOS DE INCLUSION.....	12
b) CRITERIOS DE EXCLUSION.....	12
c) CRITERIOS DE ELIMINACION.....	12
PROCEDIMIENTO.....	13
ANALISIS ESTADISTICO.....	13
RESULTADOS.....	14
DISCUSION.....	18
CONCLUSIONES.....	20
INSTRUMENTOS.....	22
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	26

TITULO:

DISCAPACIDAD EN DEPRIMIDOS LÍMITES Y NO LÍMITES.

RESUMEN:

En la actualidad el trastorno depresivo mayor es la cuarta causa de discapacidad en el ámbito mundial. La interfase entre los trastornos afectivos y el trastorno borderline de la personalidad ha sido fuente de controversia continúa en la psiquiatría clínica. Un aspecto de suma importancia que tiene la depresión es el impacto que se produce sobre el funcionamiento psicosocial.

Objetivo: Evaluar el grado de discapacidad con la (Escala de Discapacidad de Sheehan), la gravedad de la depresión (Escala de Depresión de Hamilton), en deprimidos límites y deprimidos no límites.

Método: Se reclutó una muestra de 50 pacientes, ambos sexos, mayores de 18 años y el límite 54 años de edad. Se realizó entrevista clínica para recopilar datos sociodemográficos, aplicación de criterios diagnósticos del DSM-IV TR para trastorno depresivo mayor y trastorno límite de personalidad, criterios de inclusión, exclusión, escalas clinimétricas (Escala de Depresión de Hamilton y Escala de Discapacidad de Sheehan); posteriormente de los pacientes incluidos se conformaron 2 subgrupos: grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo y trastorno límite de personalidad n=25, grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo sin trastorno límite de personalidad n=25.

Resultados: Se encontró mayor severidad del trastorno depresivo con la Escala de Depresión de Hamilton (diferencia estadísticamente significativa), y mayor discapacidad escolar/laboral en los pacientes con trastorno depresivo y sin trastorno límite de la personalidad.

Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren que la discapacidad es un procedimiento que se debería implementar tanto en la valoración inicial como en el seguimiento del tratamiento en los pacientes, poner mayor énfasis en el área de mayor afectación en el funcionamiento psicosocial y así facilitar la recuperación del funcionamiento premorbido. El reto para la agenda de los investigadores tratar de unificar criterios sobre la comorbilidad de los trastornos afectivos con el trastorno límite de la personalidad. Es necesario realizar estudios futuros con una muestra más amplia para corroborar los resultados de la presente investigación.

Palabras clave: Discapacidad, Depresión mayor y trastorno límite de personalidad.

MARCO TEORICO:

La depresión es una enfermedad del estado de ánimo que produce una serie de modificaciones en las vivencias emocionales de quien la padece. Pero no solo afecta el área emocional, sino que produce una serie de alteraciones en diferentes funciones fisiológicas como son la alimentación, la función sexual, el dormir y el nivel de energía entre otras; además afecta el área cognoscitiva, situación que se traduce en fallas de memoria, dificultad para concentrarse y pensamientos erróneos (1). Por lo tanto, es importante que el medico tenga conceptos claros al respecto y realice u análisis clínico meticuloso y fino. Las manifestaciones depresivas incluyen una amplia gama de síntomas que son físicos (astenia, adinamia, dolores en diferentes partes del cuerpo, hiporexia e insomnio) y psicológicos (tristeza, perdida de interés en actividades, anhedonia, ideas de minusvalía y culpa) (2,3).

La depresión, es una de las enfermedades Psiquiàtricas de mayor prevalencia en la población a nivel mundial. Se ha estimado que todas las personas padecerán al menos un episodio depresivo en algún momento de su vida. Por otra parte genera un alto costo derivado de la atención medica y días de incapacidad, ya que a pesar de su alta incidencia, frecuentemente se soslaya su diagnostico debido al desconocimiento de la sintomatología por parte del personal de salud, particularmente en el primer nivel de atención(4,2).

Con relación a las complicaciones de los trastornos depresivos, la más grave de ellas es el suicidio. La depresión por otro lado, es una condición recurrente. Aquellos que han padecido un episodio depresivo tienen una probabilidad 60% mayor que la población general de presentar otro episodio; los que han tenido 2 episodios aumentan a 70% la probabilidad y los que han tenido 3 episodios tienen una probabilidad de 90% de presentar una recurrencia más (3, 5,6).

De acuerdo a los resultados de la investigación realizada por la Dra. Ma. Elena Medina Mora y cols. (Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiàtrica en México 2003); en nuestro medio el 3.3% de nuestra población ha presentado cuando menos un episodio depresivo mayor a lo largo de su vida, un 1.5% lo ha padecido en el ultimo año y un 0.6% en el ultimo mes. Respecto al sexo, las cifras obtenidas son de 4.5% para las mujeres y 2% para los varones a o largo de la vida; 2.1% y 0.9% respectivamente en los últimos 12 meses y 0.8% contra 0.3% en el ultimo mes. También reporta tres picos de elevación a los 17, 32 y 65 años, estando el mayor número de afectados en la etapa productiva de la vida (26). La depresión es más común en mujeres, la cifra de prevalencia en el curso de la vida es de 20%, mientras que para los

hombres es del 10%. Es más común en individuos jóvenes, desempleados, solteros o separados, bajo nivel educativo, con un nivel socioeconómico bajo y sin creencia religiosa (1).

Los datos epidemiológicos demuestran la importancia de conocer el fenómeno depresivo en el campo de la práctica médica, ya que los resultados del estudio sobre la carga mundial de las enfermedades (Global Burden of Disease, GBD), efectuado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), demostraron que la depresión unipolar es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad (APD). En 1990 a esta entidad le correspondió el 10.5% de los APD en el mundo. En los países en desarrollo, esta enfermedad ocupa el cuarto problema de salud más importante, con una morbilidad total de 3.4%. Se calcula que para el año 2020, este desorden podría ser la segunda causa de morbilidad en el mundo y provocar 5.7% de los años de vida ajustados por discapacidad, además de mantenerse como causa principal de años de vida perdidos por discapacidad (8, 9, 2).

Los sujetos deprimidos tienen un nivel de funcionamiento deteriorado en aspectos tales como el rol familiar, el ocupacional y el marital. Los enfermos refieren tener relaciones interpersonales de baja calidad y mayor insatisfacción en sus interacciones sociales. No siempre el pensamiento clínico tradicional de liberar al paciente del cuadro sintomático es garantía de que su funcionamiento mejorará (Berlanga 2004) (10). La discapacidad en el ámbito laboral de los enfermos con trastornos del estado de ánimo representa una alta incidencia y comprometen seriamente el rendimiento laboral, la relación es compleja entre la ejecución de la actividad laboral y los síntomas depresivos (11).

La evaluación de la discapacidad de los pacientes deprimidos es un procedimiento importante para estimar, no solamente la severidad de la depresión sino, además, el impacto de los tratamientos desde la percepción del paciente acerca de cómo ese desorden afecta su nivel de funcionamiento, su emotividad, su actividad social y todos los aspectos que conforman su vida y las circunstancias en las que se desenvuelve, lo que muestra su utilidad cuando la toma de decisiones está dirigida a seleccionar diferentes alternativas terapéuticas. El ausentismo o incapacidad laboral que genera la depresión es comparable a las enfermedades osteoarticulares o la diabetes; es frecuente que acompañe y complique a las enfermedades físicas. La información obtenida puede, entonces, ser utilizada para justificar la asignación de recursos a aquellos tratamientos que logren los mejores resultados sobre la discapacidad de los enfermos (Bonicatto 2000) (12).

COMORBILIDAD DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD CON TRASTORNOS AFECTIVOS.

Un problema frecuente que confronta al clínico es la diferenciación de la depresión caracterológica típica de la personalidad borderline del trastorno depresivo mayor. La interfase entre los trastornos afectivos y el trastorno borderline de la personalidad ha sido fuente de controversia continua en la psiquiatría clínica. En un estudio de seguimiento a largo plazo hubo una superposición del 69% entre trastorno afectivo mayor y trastorno borderline de la personalidad. Se estima que la prevalencia trastorno limite de la personalidad es de alrededor del 2% de la población general, aproximadamente del 10% entre los sujetos vistos en los centros ambulatorios de salud mental y el 20% entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados. En las poblaciones clínicas con trastornos de personalidad se sitúa entre el 30 y el 60%. El trastorno limite de la personalidad se diagnostica con preferencia en mujeres (alrededor del 75%) (13, 14).

La comorbilidad de los trastornos afectivos y el trastorno limite de la personalidad es común que ocurra en la practica clínica diaria esto refleja el refinamiento en la nosología psiquiátrica, a partir del DSM III, incrementándose substancialmente los diagnósticos y ampliándose las categorías diagnosticas. El que los trastornos de la personalidad sean contemplados en el diagnostico multiaxial en el eje II, fomenta a los clínicos al evaluar a los pacientes no perder la posibilidad en considerar algún diagnostico en el eje I, que con frecuencia sucede (3).

Sin embargo otros autores refieren que la comorbilidad entre los trastornos afectivos mayores y el trastorno borderline de la personalidad no es especifica a la luz de los hallazgos, de otros trastornos de la personalidad tienen igual o mayor frecuencia de concurrencia con depresión mayor (15). Pero el trastorno borderline no parece ser una variante del trastorno afectivo (16, 17).

La visión consensual actual es que la depresión y el trastorno borderline de la personalidad tienen una asociación etiológica no especifica y modesta pero que son dos trastornos distintos. Existen también datos que indican que el temperamento de neuroticismo, que esta cercanamente relacionado al temperamento de evitación del daño de Cloninger, puede llevar consigo una vulnerabilidad para el desarrollo de la depresión. Entonces, el trastorno borderline de la personalidad y la depresión mayor tienen en común una vulnerabilidad temperamental subyacente. En los pacientes borderline, el modo de relación interpersonal dependiente parece conferir susceptibilidad a un tipo de depresión anaclítica que incluye sentimientos de desamparo, de no ser amado, y un deseo de ser protegido (18, 1). Ramklint (2003), en su

estudio trata de establecer diferencias caracterológicas de trastorno depresivo mayor en pacientes con rasgos o trastorno de personalidad límite; tomó como edad de corte los 26 años. Los resultados arrojados refieren que existe mayor frecuencia de recurrencia de episodios depresivos, edad de inicio más temprana, mayor nivel de ansiedad psíquica, tensión muscular, riesgo suicida, agresividad verbal e indirecta, culpabilidad, victimización, suspicacia, disforia, irritabilidad, psicastenia; así como peor nivel funcionamiento social (19).

Existe controversia con la postura de investigadores que plantean la asociación del trastorno borderline de la personalidad con trastornos depresivos es frecuente aunque no específica, y proponen conceptualizar al trastorno borderline como un trastorno "subafectivo" (20). Leichsenring basándose en sus observaciones clínicas sobre las experiencias de la depresión en pacientes con trastorno borderline de la personalidad las cuales fueron de una cualidad diferente, haciendo un correlato de estas experiencias que se caracterizaban por sentimientos de vacío y enojo "angry depression" (21).

Los pacientes borderline pueden utilizar el término depresión para describir sentimientos crónicos de aburrimiento, vacío y soledad, pero desde el punto de vista diagnóstico ellos pueden carecer de los signos vegetativos de la depresión mayor del eje I. Más aún los sentimientos conscientes de rabia se encuentran con frecuencia entremezclados con la depresión caracterológica del paciente borderline, en contraste con el paciente con un tipo de depresión más autónoma y endógena. Rogers y cols. (1995) corroboraron la noción de que la depresión asociada con el trastorno borderline de la personalidad es en algunos aspectos única y distinta de aquellas encontradas en los pacientes no borderline. Ellos estudiaron 50 pacientes internados deprimidos, 21 de los cuales tenían trastorno borderline de la personalidad. Los aspectos más claramente vinculados al diagnóstico de este trastorno eran vacío, autocondenación, temores de abandono, desesperanza y autodestructividad. Los clínicos deben tener presente, sin embargo, que mientras que estas distinciones son útiles, ambas formas de depresión pueden coexistir en el mismo paciente (22).

Por otro lado, hasta hace poco tiempo en el campo de la psiquiatría resultaba difícil saber que características del trastorno límite de la personalidad tenían especial relevancia para las diferentes formas de deterioro psicosocial, dificultades en la relación de pareja y disfunción interpersonal (sensibilidad y ambivalencia interpersonal, necesidad de aprobación y agresividad) (6). Los sujetos con trastorno límite de personalidad exhiben patrones de comportamiento inflexibles y desadaptativos, y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. Presentando un nivel funcional deteriorado en aspectos tales como el rol familiar, el ocupacional y en el área social (3,

23). Los pacientes con trastorno límite de personalidad con depresión mayor muestran pobre nivel de funcionamiento social y mayor intensidad de relaciones interpersonales maladaptativas (19).

Diversos estudios han examinado la estructura factorial del trastorno límite de la personalidad, y, aunque el debate sigue abierto, existe un acuerdo cada vez más unánime de que la "inestabilidad afectiva" es el componente central del trastorno. Siendo esta "inestabilidad afectiva" el predictor más importantes del deterioro académico/laboral y de la desadaptación social en el modelo pentafactorial. Las investigaciones han demostrando que el trastorno límite de la personalidad se acompaña de dificultades académicas y de problemas interpersonales, incluso después de realizar el ajuste para la psicopatología del Eje I (6).

Skodol y cols. comprobaron que los síntomas del trastorno límite de la personalidad se relacionaban con el deterioro principalmente en el área social o relaciones interpersonales y en la relación de pareja; la existencia de límites sociales formales y la posibilidad de un trabajo más autónomo o que implique un menor contacto social, determinan que la inestabilidad afectiva sea menos problemática en el ámbito laboral, teniendo que regular afecto en su trabajo porque, el descontrol de los estados anímicos suele estar prohibido o por que las interacciones interpersonales son menos frecuentes o la probabilidad de una descompensación anímica es menor debido al carácter más impersonal de las relaciones (6).

JUSTIFICACION

La depresión es un problema de salud pública en nuestro país y a nivel mundial; la importancia de que el clínico evalúe el grado de discapacidad psicosocial se debe considerar como prioritaria para determinar con precisión hasta donde ayuda el clínico a resolver el problema de manera integral. Este es un aspecto que no ha sido abordado suficientemente y por lo tanto deja una brecha de información que, al llenarse, podría enriquecer notoriamente la calidad de la atención médica. Quien ejerce los procedimientos de atención médica de una manera responsable y con destreza no debe dejar de lado estos aspectos que redundan en resultados más positivos y sobre todo, en una reducción de los problemas potenciales que pueden aparecer en el transcurso de estos padecimientos, a largo plazo (4).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (PREGUNTA DE INVESTIGACION):

¿Existen diferencias en la gravedad del trastorno depresivo mayor y nivel de discapacidad en deprimidos con y sin trastorno límite de la personalidad?

OBJETIVOS:

a) Objetivo General:

Comparar la gravedad de la depresión y la discapacidad en deprimidos límites y deprimidos no límites.

b) Objetivos secundario:

Comparar la discapacidad en términos de vida escolar/laboral, vida social y vida familiar en deprimidos límites y deprimidos no límites.

HIPOTESIS.

Los pacientes con depresión mayor sin trastorno de personalidad límite tienen mayor gravedad de la depresión y mayor nivel de discapacidad.

MATERIAL Y METODOS:

DISEÑO DEL ESTUDIO: Es un estudio comparativo, transversal, abierto.

DESCRIPCION DE VARIABLES.

Variable dependiente:

Discapacidad Psicosocial: El grado en que los síntomas del trastorno psiquiátrico del Eje I o II, provocan malestar subjetivo, deterioro social o laboral significativo o ambas cosas (3). Se califica con una escala tipo Likert de 0 (no, en absoluto) a 10 (extremadamente). No proporciona criterios operativos definidos para el resto de los valores de la escala, si no que considera que de 2 a 4 es levemente, de 5 a 7 es moderadamente y de 8 a 10 marcadamente (28).

Variable independiente:

Trastornos de personalidad Límite: Criterios del DSM IV-TR para el diagnóstico de trastorno límite de personalidad (3).

Trastorno Depresivo Mayor: Periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (25). Para su interpretación se empieza a definir un grado de severidad a partir de los 17 puntos en la Escala de Depresión de Hamilton (27).

POBLACION:

Sujetos de ambos sexos, mayores de 18 años de edad y de límite 54 años de edad, usuarios de los servicios de preconsulta, urgencias, y consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", de junio a octubre 2006.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON (EDH).

La Escala de Depresión de Hamilton-D (EDH), publicada en 1960, es uno de los primeros instrumentos desarrollados para cuantificar la severidad de los síntomas depresivos, sin ser considerado como un instrumento diagnóstico. A partir de su introducción por Max Hamilton, este instrumento se ha convertido quizás en el más ampliamente aceptado y utilizado para evaluar la severidad de la depresión. Fue incluida en el manual de evaluación para el programa de evaluación clínica temprana, farmacológica del Instituto Nacional de Salud Mental de los

EUA, con la finalidad de ofrecer una batería de pruebas estándar para evaluación de sustancias psicotrópicas.

La EDH se a convertido en el principal instrumento de evaluación utilizado por las compañías farmacéuticas para la solicitud de aprobación para nuevos medicamentos por la FOOD and DRUG Administration de los EEUU y para comparar la farmacoterapia con la psicoterapia en los pacientes deprimidos, así como evaluar la respuesta al tratamiento.

Esta escala funge como el estándar de oro para evaluar nuevas escalas para depresión.

El instrumento esta conformado por 17 reactivos, que evalúan el estado de ánimo, los síntomas vegetativos y cognitivos asociados a la depresión y la comorbilidad con los síntomas de ansiedad; entre los reactivos que se valoran se encuentran:

1. Animo deprimido.
2. Sentimientos de culpa.
3. Pensamiento suicida.
4. Insomnio inicial.
5. Insomnio intermedio.
6. Insomnio terminal.
7. Trabajo y actividades.
8. Retardo.
9. Agitación.
10. Ansiedad psíquica.
11. Ansiedad somática.
12. Síntomas somáticos gastrointestinales.
13. Síntomas somáticos en general.
14. Síntomas genitales.
15. Hipocondriasis.
16. Pérdida de peso.
17. Introspección.

Se han hecho ampliaciones de este instrumento a 21 y 33 reactivos para evaluar puntos como la hipersomnia, el aumento de apetito y el aspecto de concentración/indecisión. La EDH esta diseñada para que esta sea aplicada por el personal clínico adiestrado utilizando una entrevista clínica semiestructurada. Para su interpretación se han definido algunos puntos, se empieza a definir un grado de severidad a partir de los 17 puntos. El punto de corte para la administración de antidepresivos es de 17 puntos, cada reactivo se califica con una escala de 5 puntos, partiendo de 0 que significa que no esta presente el síntoma hasta 4 que equivale a severo, dando un total que va desde 0 hasta 62 puntos.

Su gran sensibilidad al cambio ha hecho que se emplee para la definición de conceptos como “mejoría” (una disminución de por lo menos 50%), y “remisión” (un máximo de 7 puntos). Además de la sensatez EDH reúne los criterios de confiabilidad y validez que se requieren de cualquier instrumento.

La consistencia interna medida con el coeficiente alfa de cronbach se ha reportado de: 0.48 a 0.85.

Varios estudios han demostrado correlaciones tan elevadas como 0.94 (Coeficiente de Correlación de Spearman) entre evaluadores (26,27).

ESCALA DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN (EDS):

Es una versión resumida del Inventario de disparidad de Sheehan y se trata de un instrumento para evaluar el nivel de discapacidad de los pacientes psiquiátricos. Consta de 3 ítems que evalúan el grado en que los síntomas interfieren con tres dominios de la vida de los pacientes: trabajo, vida social y vida familiar. Se califica con una escala tipo Likert de 0 (no, en absoluto) a 10 (extremadamente). No proporciona criterios operativos definidos para el resto de los valores de la escala, si no que considera que de 2 a 4 es levemente, de 5 a 7 es moderadamente y de 8 a 10 marcadamente. Proporciona 3 puntuaciones, una por cada ítem y la puntuación de la escala de discapacidad se obtiene sumando las puntuaciones en los 3 ítems que la componen. No existen puntos de corte, a mayor puntuación mayor será la discapacidad. El marco de referencia temporal es el momento actual. Es una escala que puede ser heteroaplicada o autoaplicada y los autores recomiendan utilizar la versión heteroaplicada. La consistencia interna medida con el coeficiente alfa de cronbach se ha reportado de: 0.50 a 0.80 (24,28).

SELECCIÓN DE PACIENTES:

- **CRITERIOS DE INCLUSION:**

1. Pacientes de ambos sexos.
2. Entre los 18-54 años de edad.
3. Pacientes ambulatorios del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".
4. Pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo mayor definido por criterios del DSM-IV TR, con calificación total mínima de 17 en la Escala de Depresión de Hamilton y que cumplan con el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad definido por criterios del DSM-IV TR (n=25).
5. Pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo mayor definido por criterios del DSM-IV TR, con calificación total mínima de 17 en la Escala de Depresión de Hamilton y que no cumplan con el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad definido por criterios del DSM-IV TR (n=25).
6. Seguir instrucciones escritas y orales.
7. Que acepten participar en el estudio voluntariamente mediante la firma de consentimiento informado del paciente y/o representante legal.

- **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

1. No calificar clinicamente con el punto de corte para trastorno depresivo mayor.
2. Presencia de intoxicación o dependencia por cualquier sustancia, excepto dependencia de nicotina o cafeína.
3. Mujeres embarazadas o amamantando.
4. Retraso mental u otra condición que impida al paciente comprender la naturaleza del estudio y seguir indicaciones.
5. Que el episodio depresivo actual sea secundario a causa médica o farmacológica.
6. Presencia de síntomas psicóticos, características catatónicas, patrón estacional o inicio posparto.
7. Duración mayor de 2 años del episodio depresivo actual.
8. Presencia de Trastorno bipolar o Esquizoafectivo.
9. Uso un mes antes al estudio de: antipsicótico, antidepresivo y estabilizador del estado de ánimo.
10. Pacientes que cumplan criterios para trastorno antisocial de la personalidad.
11. Pacientes que se les determine tengan riesgo suicida o intento suicida reciente.

- **CRITERIOS DE ELIMINACION:**

1. Retiro del consentimiento informado durante el estudio.

- **PROCEDIMIENTO:**

El reclutamiento de los pacientes lo realizó el investigador principal en los servicios de preconsulta, urgencias, y consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez.". Una vez por semana de junio a octubre 2006; se incluyeron a 50 pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años y de límite 54 años de edad; a cada paciente se le explicó la naturaleza del estudio y aceptaron participar en el protocolo por medio de un consentimiento informado. Se realizó entrevista clínica para recopilación de datos sociodemográficos para su análisis y comparación, aplicación de criterios diagnósticos del DSM-IV TR para trastorno depresivo mayor y trastorno límite de personalidad, criterios de inclusión, exclusión, escalas clinimétricas (Escala de Depresión De Hamilton) para cuantificar la gravedad del trastorno depresivo y (Escala de Discapacidad de Sheehan), que evalúa el grado de discapacidad en el área escolar/laboral, social y familiar; posteriormente de los pacientes incluidos se conformaron 2 subgrupos: un grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo y trastorno límite de personalidad n=25, y un grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo sin trastorno límite de personalidad n=25. Se reclutaron a 104 pacientes de los cuales se incluyeron a 50, se excluyeron: 20 por intento suicida reciente y riesgo suicida, 12 no calificaron para trastorno depresivo, 10 presentaban antecedentes de episodios de manía o hipomanía, 7 presentaban causa médica asociada al cuadro afectivo, 5 reunieron criterios para esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Con supervisión del asesor de tesis metodológico, se estructuró la base de datos, se realizó análisis estadístico, construcción de cuadros y gráficos, así como redacción de resultados, posteriormente con asesor teórico la redacción de discusiones y conclusiones. Se presenta en formato de tesis para su revisión al departamento de psiquiatría, psicología médica y salud mental (UNAM).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Para el análisis descriptivo se utilizaron pruebas de resumen (media, desviación estándar, rangos y porcentajes). Para el análisis de comprobación de hipótesis se utilizó "Chi" cuadrada y ANOVA de un factor (Trastorno límite de personalidad).

RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio 50 pacientes, de los cuales 25 sujetos son deprimidos con trastorno límite de personalidad y 25 deprimidos sin trastorno límite de personalidad respectivamente. En ambos grupos se observó predominio del sexo femenino, casado y soltero, desempleado y subempleado, católico. En el grupo de deprimidos no límites eran de mayor edad. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas (cuadro 1).

En ambos grupos de estudio la depresión moderada es más frecuente, aunque sí se observaron algunos casos de depresión severa poco frecuente en el grupo de deprimidos sin trastorno límite de personalidad (cuadro 2).

Considerando a la depresión como variable numérica continua, se observó mayor severidad en los sujetos deprimidos no límites resultando estadísticamente significativo [$F=7.31$ (1), $P 0.009$], aunque en ambos grupos queda comprendida en el rango de moderada. En términos de cada indicador de discapacidad y en forma global los sujetos deprimidos no límites de personalidad mostraron mayor discapacidad, aunque sin resultar estadísticamente significativo (cuadro 3).

La depresión se relaciona en forma directamente proporcional con todos los indicadores de discapacidad (cuadro 4).

DISCAPACIDAD EN DEPRIMIDOS LÍMITES Y NO LÍMITES

Cuadro 1.- Características sociodemográficas de los sujetos por grupo de estudio (n=50).

		Grupo de Deprimidos Con Trastorno Limite de Personalidad (n=25)		Grupo de Deprimidos Sin Trastorno Limite de Personalidad (n=25)	
		N	%	n	%
Sexo	Femenino	22	88	21	84
	Masculino	3	12	4	16
Edo. Civil	Soltero	11	44	6	24
	Casado	11	44	11	44
	Viudo			2	8
	Divorciado	1	4	3	12
	Unión libre	2	8	3	12
Ocupación	Desempleado	9	36	8	32
	Subempleado	8	32	11	44
	Obrero	3	12	1	4
	Empleado	2	8	3	12
	Profesionista	3	12	2	8
Religión	Católico	22	88	20	80
	Cristiano	2	8	1	4
	Ninguna			3	12
	Testigo de Jehová	1	4		
	Evangelista			1	4
		Medi a	Ds	Medi a	Ds
Edad		33	7.5	40	11.1
Escolaridad		10	3.16	9	5.2

Cuadro 2.- Descripción de la severidad de la depresión por grupo de estudio (n=50)

		Grupo de Deprimidos Con Trastorno Limite de Personalidad (n=25)		Grupo de Deprimidos Sin Trastorno Limite de Personalidad (n=25)	
		n	%	N	%
Escala Depresión de Hamilton	Moderada	22	88	20	80
	Severa	3	12	5	20

Cuadro 3.- Puntajes obtenidos en los instrumentos aplicados por grupo de estudio (n=50)

	Grupo de Deprimidos Con Trastorno Limite de Personalidad (n=25)				Grupo de Deprimidos Sin Trastorno Limite de Personalidad (n=25)			
	me dia	ds	min	max	medi a	ds	min	Max
Escala de Depresión Hamilton*	22	5.07	16	33	25	4.74	20	35
Escala de Discapacidad Sheehan								
Vida Escalar/Laboral	6.48	1.87	3	10	7.16	1.72	4	10
Vida Social	6.36	1.93	2	10	6.84	2.35	3	10
Vida Familiar	7.40	1.68	4	10	6.96	2.20	1	10
Discapacidad Total	20.2	3.67	14	29	20.80	5.29	9	29

* [F=7.31 (1), p .009]

**Cuadro 4.- Descripción de la
Relación entre la Escala de Depresión
de Hamilton y los indicadores de
la Escala de Discapacidad de Sheehan.**

	R	P
Vida Escolar/Laboral	.43	.002
Vida Social	.34	.01
Vida Familiar	.32	.02
Discapacidad Total	.49	.000

DISCUSION:

Los resultados sociodemográficos de este estudio coinciden con los presentados en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México 2003); Respecto ha que en el sexo femenino son mas frecuentes los cuadros depresivos, ya sea únicos o recurrentes. También hay una aproximación en el pico de elevación 33-40 años y que se encuentran en la etapa reproductiva de la vida (7). Existen semejanzas con otros estudios en cuanto a que los cuadros afectivos son mas frecuentes y recurrentes en mujeres la edad de inicio es mas temprana en sujetos con trastorno borderline de personalidad (13, 19). Los trastornos depresivos son mas frecuentes en individuos jóvenes, desempleados, solteros o separados y con un nivel socioeconómico y escolar bajo, sin creencia religiosa (1); los resultados de este estudio arrojaron datos similares a los antes descritos. En relación a la ocupación de la muestra los datos arrojan un alto porcentaje de desempleo, aunque es difícil discriminar si se trato como parte de la discapacidad en los limites y no limites deprimidos, o de la inestabilidad afectiva y las relaciones interpersonales maladaptativas de los limites (6, 19, 3).

En cuanto a la gravedad del trastorno afectivo existen discrepancias entre los diversos autores, en el presente estudio los pacientes comòrbidos presentaron menor gravedad y es semejante a la postura de Rogers y Cols (1995), que los cuadros afectivos carecen de signos vegetativos y son de cualidades diferentes. Los pacientes confunden el termino de tristeza con los de aburrimiento, vacío y soledad, es decir caracterológicamente menos endógena; con relaciones interpersonales dependientes e incapaces de controlar sus emociones y pobreza de mecanismos adaptativos en la solución de problemas de la vida diaria, no relacionados con el cuadro afectivo (21, 29, 22). Las formas leves y crónicas de los trastornos afectivos en vez de ser experimentadas como síntomas, son experimentadas como parte de la personalidad (30).

Sin embargo, los resultados de este estudio difieren con la postura de otros autores en sustentar el solapamiento del trastorno depresivo mayor con el trastorno límite de la personalidad (del 25 al 80%); basándose en que el trastorno limite es factor de riesgo para que el cuadro depresivo sea más grave, más crónico, recurrente y elevado riesgo para desarrollar trastorno bipolar (16, 31, 32).

En lo que respecta a los resultados obtenidos en este estudio de la discapacidad en pacientes deprimidos sin trastorno límite de la personalidad, encontramos coincidencias con lo reportado en estudios previos sobre el deterioro del funcionamiento global, su actividad social, escolar/laboral y familiar (10, 11,12). Solo un estudio soporta mayor

grado de discapacidad en el área laboral en los sujetos deprimidos sin trastorno límite de personalidad, con un funcionamiento laboral defectuoso, repercusiones en la puntualidad, ausentismo, que se reflejan en una pobre productividad anual y altos costes que acarrearán dichas pérdidas (11).

Los resultados de este estudio coinciden con la postura de los investigadores Skodol y cols. en relación al pobre funcionamiento familiar, escolar/laboral y social. La existencia de normas sociales y menor contacto social o relaciones interpersonales menos frecuentes podrían determinar una menor discapacidad en el área escolar o laboral, y social, disminuyendo la probabilidad de una descompensación anímica debido al carácter impersonal de las relaciones en comparación con las relaciones familiares (33, 34).

En otras investigaciones similares existen diferencias con respecto al presente estudio, que destacan que los pacientes con trastorno límite de la personalidad comórbido con trastorno depresivo mayor presentan peor nivel de funcionamiento psicosocial haciendo énfasis en una repercusión en el área social (19,1).

CONCLUSIONES:

En este estudio se comprobó la hipótesis en que los sujetos deprimidos no límites presentaron mayor gravedad de la depresión estadísticamente significativa y se correlacionó con una discapacidad global con principal repercusión en el área escolar/laboral; y los sujetos deprimidos con trastorno límite de personalidad menor gravedad de la depresión con disfunción global a expensas de la vida familiar.

Los resultados obtenidos en el presente estudio sugieren que la discapacidad es un procedimiento que se debería implementar tanto en la valoración inicial como en el seguimiento del tratamiento en los pacientes, poner mayor énfasis en el tratamiento integral del área de mayor afectación en el funcionamiento psicosocial y así facilitar la recuperación del funcionamiento premorbido. Es importante considerar que la discapacidad depende de varios factores, entre ellos el tiempo de duración de la enfermedad: a mayor tiempo de duración el impacto negativo sobre los aspectos psicosociales será mayor. Pocos estudios consideran como una variable por determinar, el tiempo de duración del padecimiento o el número de episodios que se han presentado a lo largo de la vida y los periodos intercalados de remisión. Pocos son los estudios de seguimiento sobre eficacia terapéutica a largo plazo, que incluyen la medición de la calidad de vida y del funcionamiento psicosocial. Si bien unos cuantos estudios demuestran que la recuperación en estos parámetros se mantiene mientras el paciente continúa en remisión clínica, la impresión de la mayoría de los investigadores es que el grueso de los pacientes con seguimiento a largo plazo, tienen una remisión parcial de los síntomas y mantienen las discapacidades funcionales en general. Sugieren que si el tratamiento se enfoca a la depresión y la discapacidad, esto repercutirá en mejores estrategias de tratamiento a largo plazo.

Aunque los tratamientos para el trastorno depresivo son fundamentales, con ello no basta, se sugieren intervenciones concretas en el lugar de trabajo, por ejemplo, programas de ayuda para los trabajadores e intervenciones en el ámbito de la salud laboral, también se proponen estrategias de ayuda para el empleo, que podrían adaptarse a los sujetos deprimidos. Es probable que las personas enfermas con síntomas residuales, por escasos que sean, necesiten ayudas (servicios de rehabilitación laboral), y reajustes para poder trabajar eficazmente. Desgraciadamente, la remisión sintomática que acompaña a la recuperación con tratamiento o espontánea no basta para que las personas deprimidas con discapacidad laboral recuperen su capacidad productiva, entonces el tratamiento eficaz debe de

acompañarse de intervenciones adicionales en el puesto de trabajo y de medidas de rehabilitación específicas (11).

Un reto para la agenda de los investigadores sería tratar de unificar criterios sobre la comorbilidad de los trastornos afectivos con el trastorno límite de la personalidad. Es necesario realizar estudios futuros con una muestra más amplia y diseño más complejo que nos permita corroborar los resultados de la presente investigación.

ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON:

Instrucciones: para cada pregunta, elija el recuadro junto a la afirmación que mejor caracterice al paciente durante la semana pasada.

1. ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO (tristeza, sin esperanza, impotencia, pérdida de la autoestima):

0. Ausente.

1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.
2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente
3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto.
4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

2. SENTIMIENTOS DE CULPA:

0. Ausente

1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.
3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.
4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3. SUICIDIO:

0. Ausente.

1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.
2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.
3. Ideas de suicidio o amenazas.
4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4).

4. INSOMNIO (temprano):

0. Ausente.

1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora.
2. Dificultades para dormirse cada noche.

5. INSOMNIO (intermedio):

0. Ausente.

1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.
2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.).

6. INSOMNIO (tardío):

0. Ausente.

1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse.
2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

7. TRABAJO Y ACTIVIDADES:

0. Ausente.

1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionada con su actividad, trabajo o aficiones.
2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.
3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.
4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad.

8. RETRASO (Piensa y habla con lentitud; afectación de la capacidad para concentrarse; disminución de la actividad motora):

0. Palabra y pensamiento normales.

1. Ligero retraso en el diálogo.
2. Evidente retraso en el diálogo.
3. Diálogo difícil.
4. Torpeza absoluta.

9. AGITACION:

0. Ninguna.

1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc.
2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
3. Mueve los pies, no puede estar quieto al estar sentado.
4. se aprieta las manos, se muerde las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios.

10. ANSIEDAD-FISICA:

0. No hay dificultad.

1. Tensión subjetiva e irritabilidad.
2. Preocupación por pequeñas cosas.
3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.
4. Terrores expresados sin preguntarle.

11. ANSIEDAD SOMATICA:

Datos fisiológicos concomitantes de ansiedad, como: gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, calambres, eructos. Cardiovasculares: palpitaciones, cefalea. Respiratorios: hiperventilación, suspiro. Frecuencia urinaria, sudoración

0. Ausente.

1. Leve.
2. Moderado.
3. Severo.
4. Incapacitante.

12. SINTOMAS SOMATICOS (gastrointestinales):

0. Ninguno.

1. Pérdida del apetito, pero como sin necesidad de estímulo por parte del personal hospitalario. Sensación pesada en el abdomen.
2. Dificultad para comer si no hay estímulo del personal hospitalario. Solicita o requiere de laxantes o medicamentos para los síntomas gastrointestinales.

13. SINTOMAS SOMATICOS (general):

0. Ninguno.

1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.
2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2.

14. SINTOMAS GENITALES:

Síntomas como pérdida de la libido y perturbaciones menstruales.

0. Ausente.

1. Leve.
2. Severo.

15. HIPOCONDRIASIS:

0. No la hay.

1. Preocupado de sí mismo (corporalmente).
2. Preocupado por su salud.
3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.
4. Ideas delirantes hipocondríacas.

16. PERDIDA DE PESO:

A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)

0. No hay pérdida de peso.

1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.

2. Pérdida de peso definida (según el enfermo).

B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes):

0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana.

1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana.

2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio).

17. DISCERNIMIENTO:

0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo

1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.

2. Niega que esté enfermo.

Escala de Discapacidad de Sheehan:

Trabajo/Escuela:

A causa de sus síntomas, su trabajo/escuela se ha visto perjudicado:

0: Para nada.

1-3: levemente.

4-6: moderadamente.

7-9: notablemente.

10: de manera extrema.

Vida social:

A causa de sus síntomas, su vida social y sus actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas:

0: Para nada.

1-3: levemente.

4-6: moderadamente.

7-9: notablemente.

10: de manera extrema.

Vida familiar/Responsabilidades en el hogar

A causa de sus síntomas, su vida familiar y sus responsabilidades domésticas se han visto perjudicadas:

0: Para nada.

1-3: levemente.

4-6: moderadamente.

7-9: notablemente.

10: de manera extrema.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Rivero Almanzor LE, Zarate Hidalgo. Manual De Trastornos Mentales. Asociación psiquiátrica Mexicana, edición 2005. pp.: 73-78; 155-159.
2. Ramklint M, Ekselius L. Personality Traits and Personality Disorders in Early Onset versus Late Onset Major Depression. *Journal of Affective Disorders*. 75 (2003), 35-42.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Text Revision. Washington, D C: American Psychiatric Association; 2000.
4. Depression Guideline Panel. Clinical Practice Guideline Number 5. Depression in Primary Care, 1: Detection ands Diagnosis. Rockville, M.D: US Dept of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research; 1993.
5. Callahan EJ, Bertakis KD, Azari R, Robbins J, Helms LJ, Miller J. The influence of depression on physician-patient interaction in primary care. *Fame Med*. 1996; 28: 346-351.
6. Gunderson J, Daversa M, Grilo C, et al. Factores pronósticos de la evolucion a los 2 años en pacientes con trastorno limite de la personalidad. *Am J Psychiatry*. 2006; 163:822-826.
7. McGlashan TH, Grilo CM y Cols. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Baseline Axis I/II Diagnostic Co-Occurrence. *Act Psychiatric Scand*. 2000:102; 256-264.
8. Kaplan, H y Sadock. Tratado de Psiquiatría. 9ª edición. Ed. Interamericana, 2004. 808-810.
9. Kessler RC, Zhao S, et al. Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*. 1999; 156: 115-123.
10. Berlanga C, Evaluación de la calidad de vida en el trastorno depresivo mayor: una revisión de la bibliografía. *Información clínica: Instituto Nacional De Psiquiatría Ramón De La Fuente*. 2004, 1; (15): 1-2.

11. Goldman H, Drake R. Trastornos del estado de ánimo y rendimiento laboral: una mejoría parcial. *The American Journal Of Psychiatry*. 2007; 163: 199-200.
12. Bonicatto S, Zaratiegui R, Lorenzo L. Evaluación de calidad de vida en pacientes con depresión mayor: predictibilidad de los niveles de severidad. *Acta Psiquiat Psicol. Am lat.* 2000, 46(4): 318-324.
13. Gabbard, G. *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica clínica*. 3ª edición Ed. Medica Panamericana, México. 1994. 217 y 447.
14. Medina-Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C y Cols. Prevalencia De Trastornos Mentales y Uso De Servicios: Resultado De La Encuesta Nacional De Epidemiología Psiquiátrica En México. *Salud Mental*, Vol. 26, Numero 4, Agosto del 2003.
15. Miller J, Polkonis P. Neuroticismo e inestabilidad afectiva: ¿idénticos o diferentes? *Am J Psychiatry*. 2006; 163:839-845.
16. Farabaugh A, Fava M, Mischoulon D. Relationships between Major Depressive Disorder and Comorbid Anxiety and Personality Disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 46 (2005), 266-271.
17. Vallejo J, Gasto Ferrer. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* 2ª edición. Ed Masson Barcelona. 2000.
18. Luber MP, Hollonberg JP, Williams-Rsso P, et al. Diagnosis, treatment, comorbidity and resource utilization of depressed patient in general medical practice. *Int J Psychiatry Med*. 2000; 30.
19. Pazzagli A, Rossi MM. Dysphoria and Aloneness in Borderline Personality Disorders. *Psychopathology*. 2000; 33: 220-226.
20. Simon GE, Vonkorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med*. 1999; 341:1329-1335.
21. Lara C. PAC. Programa de actualización continúa en Psiquiatría. Libro 3. Evaluación clínica en Psiquiatría.
22. Zanarini MC, Frankenburg FR. Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 1998; 155, 12; 1733.
23. Clasificación De Los Trastornos Mentales Y Del Comportamiento CIE-10. Organización Mundial De La Salud. Ed. Médica Panamericana, México. 1994.

24. Shea MT, Scout R, Gunderson J, Morey LC. Short-Term Diagnostic Stability of Schizotypal, Borderline, Avoidant, and obsessive-compulsive Personality Disorders. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (12): 2036.
25. Bos EH, Bouhuys AL, Geerts E. Cognitive, Pshysiological and Personality Correlates of Recurrence of Depression. *J. of Affective Disorders*. 87 (2005), 221-229.
26. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of symptoms. *Psychosomatic Med* 2002; 64:258-66.
27. Apiquian R, Nicolini H. Evaluación de la psicopatología. Escalas en español. 1ª edición. Ed. Ciencia y Cultura Latinoamericana. México 2002; 49-59.
28. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. (La medicion de la discapacidad). *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 1 (supl 3); 89-95.
29. Wilkinson-Ryan T, Westen D. Identity Disturbance in Borderline Personality Disorder: An Empirical Investigation. *Am J Psychiatry*: 2000; 157, 4; 528.
30. Zittel C, Westen D: El Trastorno limite de la personalidad en la práctica clínica. *Am J Psychiatry*: 2005; 162: 867-875.
31. Hales, Robert E., Yudofsky C MD. Tratado de Psiquiatría clínica. 4a edición. Ed. Masson. 2002.
32. Kessler RC: Epidemiology of woman and depression. *J. Affect Disorder* 2003; 74: 5-13.
33. Muñoz R, et al. Trastorno Depresivo Mayor en Latinoamérica: La relación entre la severidad de la depression, síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Journal of Affective Disorders*. 86 (2005) 93-98.
34. De La Fuente JM, Bobbes J. Biologics Nature of Depressive Symptoms in Borderline Personality Disorder. *J Psychiatric Research*. 36 (2002): 137-145.